

高岡市在宅医療・介護・障がい連携サマリーについて(案)

【目的】

市民の誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療、介護及び障がい福祉関係者等の多職種が情報共有を図りながら連携し、支援を行うことが必要です。

「高岡市在宅医療・介護等連携推進協議会 情報共有ワーキング部会」では、医療・介護・障がい福祉関係者の連携がより円滑になるよう、情報にバラツキのない、多職種が共通して使用できる情報共有ツールとして、「高岡市在宅医療・介護・障がい連携サマリー」(以下、「サマリー」)を作成しました。

サマリーの活用により、関係職種(機関)間での情報共有・連携が円滑に行われることで、よりよい医療・介護・障がい福祉サービスが提供できるよう、また、多職種のさらなる「顔が見える関係性」の構築を目指し、ぜひサマリーをご活用ください。

【使用用途】

サマリーは、医療・介護・障がい福祉関係者が、以下の場合に対象者に関する情報を提供し、共有するためのものです。

◎対象者の病状や生活環境等の変化において、関係職種(機関)間で情報共有・連携が必要な場合

(使用例)

- ・高岡多職種ネットの部屋開設時にサマリーを作成し、「基本情報」や「連絡帳」機能に添付することで、メンバー間で対象者情報の共有を図る。
- ・訪問診療開始時に、主治医からの要望に応じてケアマネジャー⇒主治医に情報を提供し、共有を図る。
- ・障がい福祉サービス利用開始時に、指定特定相談支援事業所⇒障がい福祉サービス事業所に情報を提供し、共有を図る。

【個人情報】

サマリーを活用する場合は、個人情報の取り扱いに十分に注意し、あらかじめ対象者である本人またはそのご家族に同意を得てください。



【問合せ先】 高岡市 福祉保健部 長寿福祉課 TEL0766-20-1165

高岡市在宅医療・介護・障がい連携サマリー（案）

報告日時 年 月 日

提供手段 FAX 持参 その他 ()

※ 情報提供にあたっては、本人及び家族等の同意を得ております。

<情報提供目的>	
<input type="checkbox"/> 関係職種（機関）間の連携・情報共有	
<input type="checkbox"/> 入院（入院日 年 月 日）	

<情報提供先>

施設名	御中	担当者名	様
-----	----	------	---

<情報提供元>

施設名	電話番号
担当者名	FAX番号

1. 基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名					
住所	高岡市	電話			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居(家族:)				
緊急連絡先	氏名: 続柄 () キーパーソン <input type="checkbox"/> 電話 氏名: 続柄 () キーパーソン <input type="checkbox"/> 電話				
既往歴		かかりつけ医			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者:) 備考 ()				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 処方通り服用できていない ()				
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:) その他:				
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等 * 障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
生活状況 (経済状況)					

2. 介護保険情報

要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()				
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
日常生活自立度	障害 ()	認知症 ()	介護保険の被保険者番号		
サービス 利用状況					

3. 障がい情報

障がい等認定	<input type="checkbox"/> なし 障がい支援区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6				
	<input type="checkbox"/> 特定疾患(難病) (疾患名:) <input type="checkbox"/> 障害年金 (級)				
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
障がい者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 (級) 障がい内容: <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 療育 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)				
サービス利用 状況					

4. 身体・精神状況

【備考】

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> ※応用ツール①作成 (必要時)
形 態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥・きざみ <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他	
嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	
口 腔 ケ ア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
義 歯 使 用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
口腔内の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
着 脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル (昼) <input type="checkbox"/> ポータブル (夜) <input type="checkbox"/> おむつ	
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス	
視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	
色 覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	
聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり⇒ <input type="checkbox"/> 手話・筆談等の手段が必要 <input type="checkbox"/> 補聴器利用 <input type="checkbox"/> その他()	
夜 間 睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用あり	
認 知 障 害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知力低下あり <input type="checkbox"/> 認知症あり (診断年)	
理 解 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり⇒ <input type="checkbox"/> 言語的理解力低下 <input type="checkbox"/> 知覚的理解低下 <input type="checkbox"/> その他()	
行 動 心 理 症 状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 幻覚幻視 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> パニック状態 <input type="checkbox"/> 突発的行動	<input type="checkbox"/> カードの利用でコミュニケーション可能
【特記事項】	(医療情報等があれば記入) <input type="checkbox"/> ※応用ツール③作成 (必要時)	

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

ACPの話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している ⇒ (※応用ツール②作成)
	<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない) (<input type="checkbox"/> それ以外 ())

<在宅⇒病院用>

本人家族の希望等

《添付資料 (必要に応じて添付する)》

- お薬手帳 (コピー) 週間サービス計画表 (障がい分野) 基本情報票 (障がい分野)
 応用ツール () その他 () <2026.1月作成ver. >

入院時情報提供書

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所→医療機関)

高岡市版

報告日 年 月 日

御中

貴病院へ入院された方につきまして、情報提供をさせていただきます。(情報提供にあたっては本人及び家族の同意を得ております。)

< 情報提供元 >

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

< 基本情報 >

フリガナ氏名		性別		生年月日	T S	年	月	日	(歳)
住所				電話					
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 同居 家族 ()								
緊急連絡先				続柄 ()	連絡先				
既往歴					主治医				
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () * 必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付。								
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者 :) 備考 ()								
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 処方通り服用できていない ()								
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種 :) その他:								
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等 * 障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
生活状況									
家族状況									

< 介護保険情報 >

要介護度	要支援 ()	要介護 ()	日常生活自立度	障害 ()	認知症 ()
サービス利用状況					
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 ()				

< 身体・精神状況 >

【特記事項】

食事形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥・きざみ <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他				
嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> おむつ				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス				
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用あり				
認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知力低下あり <input type="checkbox"/> 認知症あり(診断)				
行動心理症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 幻覚幻視 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 抑うつ]				

本人家族の希望等

退院へ向けてのお願い・備考

カンファレンス希望 看護サマリー希望